

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 318

ETUDE CRITIQUE
DU
TRAITEMENT DU BUBON
CONSÉCUTIF AU CHANCRE MOU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BILLIET Jean

Né à ROYAT-LES-BAINS (P.-de-D.), le 4 Juillet 1893

PAMIER

IMPRIMERIE DE LOUIS NARBONNE

PLACE DES JACOBINS

—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 318

ETUDE CRITIQUE
DU
TRAITEMENT DU BUBON
CONSÉCUTIF AU CHANCRE MOU



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BILLIET Jean

Né à ROYAT-LES-BAINS (P.-de-D.), le 4 Juillet 1893

PAMIERIS

IMPRIMERIE DE LOUIS NARBONNE

PLACE DES JACOBINS

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	}	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	}	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie....	}	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....		WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	}	HUGOUNENQ
Anatomie.....		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	}	MOREAU
Physiologie.....		GUIART
Pathologie interne.....	}	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique.....	}	DOYON
Médecine opératoire.....		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	}	MOURIQUAND
Médecine légale.....		PAVIOI
Hygiène.....	}	X...
Thérapeutique.....		ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	}	ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
	}	PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X...,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...,	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR char-
COMMANDEUR	THEVENOT Léon	FROMENT	gé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	THEVENOT Lucien	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	PIERY	FAVRE id.
VORON	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN	DUROUX	ROUBIER id.
BRETIN			

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, Président ; PIC, Assesseur ;

MM. FAVRE et BONNAMOUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme ne propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et mon dévouement filial.

MEIS ET AMICIS.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
DU 327^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

Morts au Champ d'Honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
Monsieur le Professeur NICOLAS

Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous diriger de ses précieux conseils. Puisse-t-il ne voir dans cette dédicace qu'un bien faible témoignage de notre vive gratitude et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTOT

Qui a bien voulu s'intéresser à notre travail et le faciliter en nous ouvrant toutes grandes les portes de son service de l'hôpital Desgenettes et nous faire profiter de sa grande expérience. Nous le prions de bien vouloir agréer l'hommage de nos bien respectueux remerciements.

Considérations générales

Le bubon est l'adénite suppurée du chancre mou, dont elle est une complication fréquente ($\frac{1}{3}$ des cas). Il est unilatéral et ne frappe en général qu'un seul ganglion, plus rarement plusieurs, correspondant au territoire anatomique cutanée du chancre ; il peut n'apparaître d'ailleurs qu'après sa guérison. Dans les cas de chancres multiples, on peut avoir un bubon bilatéral, souvent d'âge différent. Il siège le plus fréquemment à la partie moyenne de la base du triangle de Scarpa et affecte alors un des ganglions horizontaux de l'aîne. Si au lieu d'un chancre intéressant les organes génitaux on a affaire à un chancre anal, le bubon se forme aux dépens des ganglions de la partie interne du triangle de Scarpa.

Parmi les facteurs étiologiques les plus importants en favorisant l'apparition, nous notons la fatigue et la malpropreté, ce qui explique suffisamment sa prédominance dans la clientèle d'hôpital et dans le sexe masculin. Certaines races y semblent plus prédisposées. Il est presque de règle dans la race jaune, chez les Arabes, les Kabyles, les Marocains et chez eux nous voyons

presque toujours les formes les plus graves et les plus difficiles à guérir.

Le bubon se présente sous forme d'une tuméfaction de volume variable, diffuse et douloureuse de l'aîne, due à l'inflammation d'un ou de plusieurs ganglions et du tissu environnant. Il y a donc adénite et periadénite. Cette tumeur est dure, rénitente. Au début la peau ne présente aucun changement de coloration. Plus tard elle adhère et rougit, en même temps le bubon se ramollit peu à peu pour aboutir à une nette fluctuation, très perceptible à travers la peau amincie, et la douleur augmente de plus en plus.

Parfois avant que le pus soit franchement collecté, nous voyons le processus inflammatoire s'arrêter et le bubon se résorber. Mais dans la grosse majorité des cas, l'évolution continuant, il s'ouvre spontanément et laisse écouler un pus louable, bien lié, jaunâtre : à partir de ce moment, ou bien en 5 à 6 jours la suppuration est tarie et la guérison rapide, ou bien, après un temps plus ou moins long, l'on voit les lèvres de la plaie s'éverser, l'ouverture devenir béante et s'élargir par ulcération. Il se forme un véritable chancre mou large, profond, devenant serpigneux, térebrant, pouvant durer plusieurs mois et amener de très graves complications, comme l'ulcération des vaisseaux fémoraux. Ces deux processus d'évolution, que Ricord le premier mit en évidence, correspondent le premier au bubon inflammatoire, le deuxième au bubon virulent ou chancrelleux.

Le pus du bubon chancrelleux est inoculable à l'homme et aux animaux et reproduit le chancre mou. Il con-

tient en effet à côté des microbes satellites de la supuration (streptocoque, staphylocoque) un microbe spécifique, le streptobacille du Ducrey Unna, petit bacille à bout arrondi avec au centre un espace clair, se cultivant sur gélose sanglante où il donne de longues chainettes groupées ou en faisceau. Il est détruit par une température de 41°. On le colore facilement avec des solutions fortes et boratées de bleu de méthylène, il ne prend pas le Gram.

C'est en général vers le 4^e ou 5^e jour, que le pus du bubon chancrelleux devient virulent, d'où l'hypothèse qu'émit en 1884 Strauss de contamination pendant les pansements, hypothèse reconnue fausse depuis, surtout après les recherches de Drubreuilh et Lasnet, qui virent que, dans plus de 3 % des cas, le pus est virulent avant même l'ouverture du bubon. Aussi est-il hors de conteste aujourd'hui que le streptobacille est bien apporté dans le ganglion par les lymphatiques et que c'est lui qui produit l'adénite suppurée. Mais comment expliquer autrement que par des conditions défavorables à son développement dans le bubon, le fait que dans 2/3 des cas (bubon inflammatoire) on ne le trouve pas dans le pus et que dans la majorité des bubons virulents il ne soit décelé que le 3^e jour de l'ouverture.

Faut-il voir l'influence d'une température trop élevée, due à l'inflammation ? Le pus aurait-il une action nettement bactéricide à son égard ? Ou bien, et c'est l'opinion de Dubreuilh, le manque d'air s'oppose-t-il à son développement ? Les cas banaux de guérison rapide seraient ceux où à l'ouverture tous les bacilles seraient morts. Dans les autres il ne reste dans le pus

que très peu de bacilles, de virulence très atténuée, non décelables par les procédés de laboratoire, (inoculation, culture, microscope) : l'ouverture du bubon en diminuant l'inflammation, en permettant l'accès de l'air et l'évacuation du pus, leur rendrait une nouvelle activité et le bubon primitivement stérile deviendrait secondairement virulent. Cette manière de voir semble d'ailleurs confirmée par les travaux de Buschke. Cet auteur vit en effet des bubons regresser et guérir bien qu'il y ait trouvé du streptobacille par des ponctions, il y aurait eu mort de bonne heure des streptobacilles dans du pus non inoculable, il s'agissait dans ce cas de bacilles morts ou de virulence très atténuée.

Les caractères du chancre, l'indolence, l'absence de modifications du côté de la peau et d'adhérence des ganglions à celle-ci, l'absence de périadénite permet un diagnostic facile d'avec l'adénopathie syphilitique.

La lymphogranulomatose ou maladie de Nicolas Favre sera également facilement reconnue par l'absence de lésions génitales, l'indolence complète malgré le caractère inflammatoire, son évolution à caractère chronique et surtout au fait que ce sont les ganglions iliaques qui sont atteints et non les ganglions inguinaux.

Révue générale des divers traitements

Le traitement du bubon fut de tout temps sujet de rivalité entre médecins et chirurgiens, chacun des deux partis en revendiquant la propriété. Pour les uns, en effet, il relève tout au plus de la petite chirurgie, pour les autres il n'est pas indigne de leurs talents et les détails de l'intervention, véritable opération, en sont réglés minutieusement. Aussi, dans une revue générale des traitements, nous étudierons successivement les traitements médicaux, puis les traitements chirurgicaux.

Puis dans un troisième chapitre, nous nous efforcerons d'indiquer les directives générales du traitement rationnel du bubon.

Traitements médicaux

Ils comprennent toute une première catégorie relevant plutôt de la prophylaxie à laquelle s'ajoutent tous les moyens curatifs extérieurs possibles, pour tâcher de faire avorter le bubon, puis un deuxième groupe se rattachant à des interventions de petite chirurgie.

Moyens abortifs

Tout au début de l'inflammation des ganglions, alors qu'ils sont encore mobiles, sans périadénite et que la peau est de coloration normale, il faut exiger de son malade le repos complet au lit. Cela découle de ce que nous savons de l'étiologie du bubon (influence de la fatigue, de la marche, des frottements). En combinant au repos, l'action d'un pansement et de topiques, on voit souvent rétrocéder les premiers signes de l'affection.

Un pansement ouaté de l'aine est indispensable pour le mettre à l'abri de tout frottement et de tout traumatisme, si léger soit-il. De protecteur, ce pansement peut devenir curateur si on le rend compressif, selon la méthode de Kollmann. Une compression suffisante est obtenue par un tampon de coton et un simple spica, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des sacs de plomb ou de sable pesant jusqu'à trois livres comme on l'a proposé. Ce pansement doit être renouvelé tous les deux jours, tant que le bubon est douloureux. Pendant tout ce temps, au contraire de ce que pensait Kollmann, repos complet au lit et ne permettre au malade de se lever que quand la guérison totale est apparente. L'action de la compression est réelle. Elle a pu permettre de faire résorber le pus, même à la deuxième période d'évolution de l'adénite et de guérir des bubons suppurés. Mais il faut bien reconnaître qu'elle ne peut convenir qu'à des cas où il n'y a que quelques gouttelettes de pus, c'est-à-dire tout au début de l'affection.

Dans le même but, on use d'applications de topiques

médicamenteux. Tour à tour la région enflammée fut recouverte de pommade à l'iodure de plomb au 1/10, de pommade mercurielle, de pommade à l'ichtyol (ichtyol 10, vaseline 15, lanoline 15), de teinture d'iode, de collodion iodoformé (Cordier), d'emplâtre de Vigo.

La teinture d'iode provoquant parfois des brûlures qui se chancrèrent secondairement, on la remplaça par la pommade iodée (iode métallique 0,60, lanoline 15, vaseline 15).

Le froid fut préconisé. L'on maintenait sur l'aîne enflammée des vessies de glace, sans grand succès d'ailleurs.

En 1891, se basant sur ce fait que les cultures de bacille du Ducrey Unna ne peuvent vivre au-dessus de 39°, Aubert préconisa la chaleur comme moyen thérapeutique, il laissait pendant des heures son malade dans un grand bain ou un demi bain à 40°, en lui faisant des affusions froides sur la tête, Méthode fort pénible qui provoquait de violents accès de fièvre et causa même des congestions.

Arnozan et Vigneron pour éviter ces inconvénients utilisèrent localement la chaleur. Ils injectaient dans le bubon incisé de l'eau phéniquée au 1/1000 à 40° ou 41°. Les premiers jours action salutaire nette, mais moins favorable par la suite. La lésion prend le caractère d'adénite inflammatoire ordinaire, le phagédénisme semble devoir être enrayé. Il se produirait un peu d'induration des tissus.

Pour enrayer l'inflammation, on utilisa les antiphlogistiques, surtout scarifications et sangsues : mais fréquemment on observait de la chancrification des petites plaies ainsi provoquées.

Dans le même ordre d'idées, on peut ranger l'application de vésicatoires, (petit vésicatoire volant de Diday, large vésicatoire de Velpeau), suivie de pansement au sublimé fort. Cette méthode eut une grosse vogue, car elle a une action résolutive réelle, même en présence de pus : mais elle ne justifie pas les affirmations de Velpeau et Guérin qui disaient que « ce procédé arrêterait la suppuration quelque soit la nature du bubon et sa période d'évolution, qu'il soit virulent ou non ».

Louste et Zimmern essayèrent de combiner l'action des scarifications et de la haute fréquence contre le bubon chancrelleux phagédénique, mais sans grands résultats,

L'hyperhémie étant à la fois analgésique, bactéricide et résolutive. Bier songea à l'utiliser dans le traitement des bubons et procura à chaque application de ventouses un gros soulagement à son malade. L'action bactéricide serait due à une augmentation de la phagocytose (Bier) ou par CO_2 qui augmente l'alcalinité du sang (Hamburger) : l'action résolutive par les phénomènes vasculaires mécaniques. Le vide doit être modéré de façon à ce que la peau ne rougisse qu'à peine et que le malade n'accuse aucune sensation douloureuse. Aussi il est bon de faire des applications intermittentes (5 minutes avec 3 minutes de repos), une séance matin et soir d'une heure. Maintenir le malade au lit avec un pansement compressif. On voit ainsi très souvent le bubon rétrocéder.

En 1908, Pini puis Pancioni et Naoli traitent le bubon par la radiothérapie (15 minutes à 3,5 ou 2 unités Holznecht). Les résultats sont très encourageants tout au

début avant l'adhérence à la peau et la fluctation, la douleur disparaît en 24 à 48 heures. Dans les adénites aiguës, il y a résorption rapide de l'œdème de la périphérie au centre et guérison en moins de 30 jours. Dans les adénites subaiguës la guérison est très rapide. Si le chancre existe encore, il est prudent de refaire une deuxième séance 8 jours après.

La même année Reiner (Vienne) et Lassueur (Lausanne) le traitent par une séance de 5 heures rayons n° 6 ou 7, et voient le bubon non suppuré rétrocéder en 3 à 6 jours. Ils obtiennent la guérison complète en 10 jours. Si le bubon est suppuré, ils l'incisent et le traitent par des séances d'abord quotidiennes, puis de plus en plus espacées de 20 à 30 minutes avec une ampoule de dureté moyenne à la distance de 20 à 30 centimètres. Guérison en 15 à 20 jours. Cette méthode donne d'excellents résultats, mais ne peut être employée que par des spécialistes experts.

Récemment Tashuta Ito et Kurita s'inspirant de la méthode de Wright obtinrent de beaux résultats. Ils font un vaccin avec le liquide de condensation de deux tubes de culture sur gélose sanglante additionnée de 0,04 de sérum et de 0,05/100 d'acide phénique, chauffé à 60° pendant 2 heures. Une injection intramusculaire de 1 à 2 centimètres fait disparaître presque de suite les douleurs et guérit en une semaine un bubon volumineux. Il y a une légère réaction fébrile. Le nombre des observations est trop restreint pour juger la méthode.

Interventions de petite chirurgie

Le plus grand nombre des auteurs sont partisans de l'incision pure et simple, comme pour tout autre abcès. Mais les avis diffèrent sur sa grandeur : les uns avec Augagneur la veulent très grande, les autres avec Désir de Fortunet, Cordier, Lang préfèrent une simple ponction avec un bistouri très étroit. En général on attend pour la faire que le pus soit collecté, ce qui semble plus sage que le procédé de Cordier voulant inciser dès le début au risque de ne pas trouver de pus, surtout que nombre de bubons retrocèdent avant d'arriver à la fluctuation. Une fois l'incision faite, certains avec Augagneur défendent tout lavage de la cavité, la majorité le pratique avec une solution antiseptique (nitrate d'argent à 1/50, solution phéniquée 40/1000, sublimé à 1/1000, tartrate ferricopotassique 1/10, naphtol camphré, phénol camphré tiédi selon la formule de Germal et Lop (acide phénique 10 camphre 25).

Le pansement est ensuite fait avec un abondant saupoudrage d'iodoforme ou pour éviter l'odeur révélatrice avec de l'aristol, de l'europhène, du di-iodoforme. Balzer les premiers jours emploie la pate de Socin (chlorure de zinc 1, oxide de zinc 10, eau distillée 2,5) puis l'iodoforme. On peut également se servir de vaseline iodoformée au 1/10, de baume du Perou créosoté.

D'autres auteurs préfèrent cautériser les parois avec de la glycérine iodoformée (Jenssen et Arning), du nitrate d'argent (Piaseski et Ornstein), du chlorure de zinc à 1/10, de l'acide phénique pur (Wolff) surtout en

cas de chancrellisation. Des pansements au vin aromatique donnent aussi d'excellents résultats.

Plus récemment, Balzer employait du carbure de calcium finement pulvérisé dont il recouvrait les parois du bubon après lavage à l'eau bouillie. 24 heures après on remplace le carbure par de l'iodoforme et on alterne ainsi jusqu'à neutralisation de la virulence du bubon, ce procédé compte de nombreux succès.

Le salvarsan, le néo-salvarsan, le galyl sont tour à tour recommandés. De même les préparations argentiques (argent colloïdal, nitrate d'argent, protargol, argyrol).

Balzer préconisa la préparation « argento zinguée » obtenue par délayage de limaille de zinc avec une solution de nitrate d'argent à 1/100, qui lui aurait donné de très beaux résultats. Dans le même ordre d'idées, rentre le traitement employé autrefois par le Professeur Fournier. Il cautérisait au crayon de nitrate d'argent et de suite après faisait des attouchements avec une tige de zinc.

Certains auteurs pensent ne pouvoir atteindre assez efficacement le bacille de Ducrey, qui se trouve dans les parois du bubon, avec les seules solutions antiseptiques et ont voulu un traitement plus énergique. Avec Augagneur on essaya le curetage pur et simple de la cavité avant tout pansement. Ce procédé est à proscrire formellement car en cas de bubon chancrelleux on provoque un vaste chancre.

Il faut également rejeter la ponction-incision de Broca, traitement barbare causant des souffrances bien inutiles au malade. « Dès que la tumeur a acquis le volume d'une noisette on le saisit entre deux doigts de

la main gauche et on plonge au centre un bistouri étroit, puis dans le trajet ainsi ouvert une sonde cannelée. Sous une pression énergique le pus encore mal élaboré s'échappe le long de la cannelure. Il faut exprimer la tumeur jusqu'au sang afin d'être certain de ne pas laisser de pus ». Chaque matin cette manœuvre doit être répétée jusqu'à ce que la suppuration soit tarie ou la petite ouverture devenue fistuleuse. La durée du bubon serait considérablement abrégée, mais les indications sont limitées par une douleur excessive arrachant des hurlements au malade et les difficultés opératoires.

En 1904, Legrain conseille l'incision, l'expression et la suture immédiate. Il exprime le pus par malaxage jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule ne soit plus que du sang pur, puis suture sans lavage ni drainage. Enfin pansement au collodion légèrement compressif. La guérison est très rapide (8 à 12 jours), mais méthode atrocement douloureuse comme la précédente. La guérison est la règle dans les adénites simples. S'il y a peu de périadénite, elle disparaît vite. Si la périadénite masque les ganglions et que ceux-ci s'enflamment successivement, il faudrait toute une série d'interventions. Aussi la méthode ne paraît utilisable que pour les cas d'adénites monoganglionnaires.

Bourges préfère l'incision avec la lame cutellaire du thermocautère puis par expression vide le bubon, met une mèche de gaze et fait des pansements humides avec du bichlorure à 1/4000. Méthode assez douloureuse.

L'incision est une méthode qui donne de bons résultats, mais elle a le gros inconvénient de laisser une cicatrice, signature indélébile de l'affection. Cacher ce

stigmaté, considéré par tous comme honteux, va devenir pour notre malade un souci de toute sa vie et certainement pour quelques-uns, la crainte de cette cicatrice est pour beaucoup dans le retard apporté à se faire soigner. Aussi il importe de n'employer les incisions que contraint et forcé, en cas par exemple de bubons négligés à peau amincie avec fistule menaçante ou dans les cas de chancrellisation. Et là, il faut s'efforcer d'obtenir une cicatrice aussi peu visible que possible en employant l'incision étroite, parallèle à l'arcade crurale préconisée par Panas et Terrillon, qui satisfait le mieux aux lois de l'esthétique chirurgicale et défend le mieux les intérêts du malade.

Aussi chercha-t-on à perfectionner la méthode en n'utilisant qu'une simple ponction pour vider le bubon soit au bistouri soit au trocard à hydrocèle. Le pus s'évacue par expression, mais l'avantage de ne pas laisser de cicatrice est compensé par l'inconvénient d'être légèrement douloureuse, (cependant elle est assez facilement acceptée par le malade) ou par aspirations mais alors il faut attendre que le pus soit bien collecté.

La méthode d'Otis, reprise et popularisée par Fontan, consiste à ponctionner avec un bistouri étroit, à exprimer le pus puis à bourrer la cavité de vaseline iodoformée à 1/10 que l'on injecte chaude ou mieux froide ; on obture avec du collodion et on fait un pansement compressif pendant 8 à 10 jours. La guérison est obtenue pendant ce temps et il ne reste plus alors qu'un nodule indolore de vaseline ayant perdu tout son iodoforme. Cette méthode rapide a l'inconvénient d'être très douloureuse à cause de l'expression, presque autant

que celle de Broca. Elle fut employée chez des coloniaux endurcis, à sensibilité émoussée et ses auteurs Fontan, Sarailhé, Bourges avaient surtout en vue les intérêts de l'autorité militaire et le souci du minimum de journées d'hôpital. En clientèle ce procédé est inapplicable et il faut recourir aux nombreuses méthodes tout aussi bonnes sans être douloureuses. De plus le nodule restant de vaseline s'oppose à la réunion rapide des parois de la cavité.

Ce fut Jullien, qui le premier en France, pratiqua l'aspiration. « La ponction doit être pratiquée obliquement et de préférence à la partie la plus déclive en évitant les points où la peau est trop amincie ».

En 1874, Le Pileur reprend la méthode et emploie soit l'appareil de Potain et Dieulafoy, soit une seringue de Pravaz. Il faut utiliser une grosse aiguille pour que les grumeaux de pus ne l'obturent pas. Après vidangeage du bubon, on introduit à la place de l'aiguille une mèche de coton imbibée de nitrate à 1/30. Pansement compressif, repos au lit. On reponctionne par le trou primitif au fur et à mesure que le pus se reforme en général tous les 2 jours. Si le bubon est virulent, on fait en plus une injection de un centimètre cube de nitrate d'argent à 1/50. Ce traitement est absolument indolore. La méthode convient à toutes les adénites suppurées, ne laisse pas de cicatrice visible et donne la guérison en 25 jours.

On pratique également l'aspiration biquotidienne avec des ventouses. Après avoir vaseliné la peau pour éviter les inoculations par le pus on ponctionne avec un bistouri fin ou une aiguille puis on pose une ven-

touse. Le pus peu abondant les premiers jours le devient vite au point d'obliger à changer plusieurs fois la ventouse. Il s'éclaircit rapidement pour n'être plus qu'un écoulement citrin cessant bientôt. La guérison s'obtient en moitié de temps que par la méthode de Le Pilleur grâce aux effets bactéricides et résolutifs de la méthode de Bier.

Si on la combine avec des injections antiseptiques on écourte encore la durée, par exemple, un centimètre cube d'oxycyanure de mercure à 5/1000, qui provoque durant quelques minutes une légère douleur (Queyrat) Genken emploie la glycérine iodoformée à 20/100, Von Zambusch un mélange d'iode et de formaldéhyde.

Joseph, Rosenthal et Stenczel préfèrent la ponction au bistouri. Ils font ensuite deux séances par jour de ventouses fréquemment interrompues par de courts repos. Mais tandis que le premier fait un pansement à l'iodoforme, les deux autres conseillent des pansements humides chauds.

Cette méthode donna d'excellents résultats ; mais qui pense aujourd'hui à la méthode de Bier ?

Le gros défaut de l'aspiration est d'obliger d'attendre que le bubon soit arrivé à suppuration. Aussi chercha-t-on par des injections médicamenteuses soit à le faire avorter soit à en accélérer la suppuration.

En 1895, Rondelli injecte 1 centimètre cube d'huile de thérébentine et obtient un abcès qu'il évacue par la méthode Le Pilleur. A la suite de l'injection, douleurs assez vives durant 24 à 48 heures avec fièvre de 38° à 39°. Vers le deuxième jour, on a du pus abondant, crémeux, sanguinolent à forte odeur résineuse. Guérison en 20 jours.

Wellander de Stockholm, cherche à faire avorter le bubon en arrêtant le processus infectieux par une injection de 1 centimètre cube d'une solution de benzoate de mercure à 1/400 dans le bubon commençant

Benzoate de mercure	4
Chlorate de soude	0,3
Eau distillée	100

puis pansement compressif. L'injection provoquait de vives douleurs, de la fièvre, du gonflement de la région. La résolution ne s'observait guère avant trois semaines et seuls quelques cas favorables guérissent en une dizaine de jours.

Les conclusions de Wellander : que 1° si le bubon est virulent l'injection n'empêche pas la suppuration, 2° que si la fluctuation est prononcée, la peau amincie et rouge l'injection active la disparition de l'infiltration, 3° que si la fluctuation est peu prononcée ou nulle, le bubon rétrocede, sont erronées en ce qui concerne les deux dernières. De plus la méthode n'est pas absolument inoffensive. Elle est très douloureuse et provoque souvent des réactions considérables (Brousse et Bothezat).

Lang de Vienne propose un traitement un peu semblable. Courte incision et compression lente pour évacuer le pus, puis injection de nitrate d'argent à 1/100 ou 1/200. Pansement compressif pendant 48 heures. On réévacue alors le pus et fait une nouvelle injection. Le pus peu à peu se change en liquide séreux. Guérison sans cicatrice en 14 jours. Cette méthode compte moins d'échecs que celle de Wellander, mais l'injection est également très douloureuse.

Hanse et Marchal de Calvé injectent deux parties de vin aromatique pour une de teinture d'iode et obtiennent la guérison en une dizaine de jours.

Von Eichstorff préconise la ponction au trocard à hydrocèle, le lavage phéniqué à 1/20 puis l'injection d'éther iodoformé à 10/100. Pansements à la gaze iodoformée un peu compressif et repos au lit. Au bout de quatre jours on vide la poche. En cas de chancrellisation on renouvelle les injections.

Gamel fait une injection de 0,01 d'éther iodoformé par semaine.

En 1902, Wallsch essaie l'injection d'une solution physiologique de chlorure de radium.

En 1909, Minassiou obtient la guérison en 18 à 25 jours par l'injection, grâce à une incision du point culminant du bubon, d'un peu d'eau oxygénée, que l'on maintient quelques minutes au contact des parois : on fait deux à trois injections par séance (une tous les 2 jours).

Sarailhé s'inspirant du traitement à la vaseline iodoformée de Somogyi et de Hermann (Budapest), fait une légère ponction au couteau de Graefe, évacue le pus par pression et injecte deux centimètres cube de glycérine iodoformée à 1/10. Il obture l'orifice avec le doigt et malaxe la poche, puis laisse écouler le liquide. Il renouvelle deux fois cette manœuvre et obture à la troisième l'orifice pour empêcher le liquide de s'échapper. Pansement compressif. A renouveler chaque jour. Vers le 8^e au 9^e jour, tout est éteint. « La condition sine qua non du succès est le repos absolu dans le décubitus dorsal. » Méthode douloureuse.

En 1915, Emily injecte avant la fluctuation 3 à 4 gouttes d'éther iodoformé à 5/100. Douleur très vive mais passagère. Repos au lit et pansement humide compressif précédé pour la nuit de friction mercurielle.

En 1916, Goubeau injecte dans le ganglion non encore ramolli un à deux centimètres cube d'une solution aqueuse d'arsenate de soude à 1/100. Il renouvelle tous les 2 jours l'injection. Si le bubon est suppuré et non ouvert, il le vide avec un petit trocard et injecte deux centimètres cube de la solution d'arsenate plus 1/2 centimètre cube d'éther. L'éther ayant pour but de distendre les parois pour permettre le contact étroit du médicament avec celles-ci. A renouveler tous les 2 jours. Si le bubon est ouvert, lavage à l'éther et badigeonnage avec la solution alcoolique d'arsenate de soude à 1/50 et bourrage à la gaze stérilisée. Guérison en 10 à 30 jours.

En 1917, Couanet, reprenant les essais de Wertheim de Vienne et de Danielli sur le sulfate de cuivre 1/10, institue le traitement par des injections de cuivre colloïdal. Ponction à travers la peau saine par une aiguille, aspiration du pus et injection de deux à cinq centimètres cube de cuivre colloïdal. A renouveler tous les jours ou 2 fois par jour selon la quantité de pus. La réaction est souvent assez vive. Guérison en général en 10 à 15 jours après 6 à 8 injections.

En 1918, Dubreuilh et Mallein modifient la méthode de Fontan qui a l'inconvénient : 1^o si la vaseline iodoformée reste dans la poche de s'opposer à la réunion en la distendant ; 2^o si elle n'y reste pas, d'avoir peu

de chance de stériliser le bubon. Ils emploient l'huile xylo-iodoformé de Bory.

Iodoforme	4
Xylol	10
Huile d'olive	40

Au début du ramollissement du ganglion ponction au bistouri étroit, et évacuation par expression douce mais énergique, ce qui est assez douloureux, puis injection de cinq à dix centimètres cube d'huile xylo-iodoformée et pansement à plat sans mèche. Guérison en 8 à 10 jours.

Cette année, Lasserre préconise la solution de Mencièrre

Iodoforme	}	aa 10
Gaïacol		
Eucalyptol		
Alcool à 90°		
Baume du Pérou		30
Ether sulfurique		100

dont il injecte un centimètre cube après ponction évacuatrice du pus au bistouri. La douleur est vive mais courte. On fait remonter le liquide après une minute de contact avec le bubon. Pansement sec et compressif pendant 3 jours. Renouveler jusqu'à cessation du pus.

L'air chaud, dont on connaît les vertus analgésique, antiseptique, désodorisante, résorbante, modificatrice et le merveilleux pouvoir cicatrisant, fut employé dès 1897 par Haramlab. Plus tard Gouhot, Belot, Ulmann,

Rozies en vantent l'efficacité surtout en cas de phagédénisme. Il diminue la douleur, les sécrétions, supprime la fétidité et amène une cicatrisation régulière de la plaie.

En 1918 Guilloux et Aurezan obtiennent quelques résorptions par chauffage avec des lampes électriques. S'il se forme du pus, ils l'évacuent avec des ventouses, font des instillations de quelques gouttes d'éther iodé et continuent le chauffage électrique.

Brault d'Alger applique au traitement du bubon le drainage filiforme. Incision et cautérisation au nitrate d'argent à 1/30 puis drainage par un crin de Florence replié en V et pansement compressif sec. Le lendemain on renouvelle le crin et on instille du nitrate à 1/100. Si c'est nécessaire on recommence le 4^e jour. Nicolas (Nouvelle Calédonie) préféra employer plusieurs crins et des pansements compressifs humides.

En 1916, Simon applique la méthode de Chaput. Plus d'incision. On passe avec une aiguille courbe un crin que l'on badigeonne chaque jour de teinture d'iode. Pansement compressif sec ou pour Ratelier au permanganate de potasse.

Cette méthode est excellente et la vogue dont elle jouit aujourd'hui est des plus méritées. La guérison est obtenue sans douleur et très vite (8 à 10 jours). Elle est simple, à la portée de tous et ne laisse pas le moindre stigmate ni la plus légère cicatrice si on a le soin d'enlever les crins dès le 4^e ou 5^e jour (Pautrier, Floquet).

Traitements chirurgicaux

Beaucoup de chirurgiens s'attachèrent à enlever simplement le ou les ganglions enflammés comme une tumeur maligne pour éviter les complications immédiates (décollement, fièvre purulente, gangrène des téguments, phagedénisme) ou éloignées (anevrisme de la femorale (Pousson) ou parce que pour eux les méthodes ayant pour but d'arrêter la production du pus par l'action directe (injection intraganglionnaire) ne donnent pas de meilleurs résultats que le repos ou une innocente révulsion (Audry et Durand).

Dès 1895 Watson taille un lambeau à concavité inférieure, enlève tous les tissus mortifiés ou en voie de nécrose, draine et suture par points séparés : guérison en 30 à 35 jours.

En 1896 Audry et Durand par une incision perpendiculaire à l'arcade crurale en dedans du paquet vasculonerveux mettent à nu le chapelet ganglionnaire et extirpent tous les ganglions avec les doigts pour ne pas léser les vaisseaux. Il faut s'efforcer d'enlever les ganglions en entiers et intacts, car l'extirpation ne sera rapidement curative que si elle est totale. Aussi l'incision sera longue et il faudra parfois disséquer tout le triangle de Scarpa. Drainage pour permettre à la lymphe de s'écouler rapidement. Guérison en 30 à 40 jours.

En 1905, Pousson conseille l'ablation des ganglions comme d'une tumeur pour enlever les germes infectieux avec la lésion.

En 1903 Scaduto accepte le procédé de Lastaria, extirpation du ganglion infecté et réunion par première intention par plusieurs plans de suture pour les adénites monoganglionnaires et recommande pour les autres l'incision puis le curetage des tissus infectés et pansement iodoformé. Vers le 8^e jour, si la plaie bourgeonne bien, il suture en masse les bords et le fond pour tenter une réunion *seconde primaire*. Guérison en 30 à 40 jours.

Pour le Dantec l'ablation en masse est le seul traitement, sa technique opératoire est minutieuse. L'opération se termine par une contre ouverture de drainage à l'angle inféro interne de la cavité et une suture profonde de capitonnage. Guérison en 25 à 30 jours, souvent plus.

Gosset propose l'évidement de l'aine. Pour rendre l'ablation des ganglions plus facile il enlève en même temps la veine saphène qui y est adhérente. Drainage pendant 48 heures au point déclive, suture soignée de la peau et compression pour éviter tout espace mort. La cuisse doit être mise en légère flexion avec abduction. Guérison en 15 à 20 jours.

Mais c'est surtout à l'étranger que fut préconisée l'extirpation complète, Kreinl (Chicago), Cushing (Boston), Yocan (Washington). Mosetig et Morhool (Vienne), Poelchon, Kumell, Eckert, Spyscha en Allemagne.

L'extirpation complète des ganglions amène souvent de graves accidents. Il est en effet difficile d'évaluer tous les inconvénients immédiats ou éloignés qu'entraînera pour l'équilibre circulatoire de la région la disparition d'une station lymphatique qui compte parmi les

plus importantes de l'organisme et il serait bon de voir comment à l'avenir se comporteront les multiples infections des membres inférieurs et des organes génitaux dont les voies de propagation à distance se dirigeront désormais vers une région privée de ses défenses naturelles (Saraillé).

Treible et Riedel citent un cas d'œdème et l'éléphantiasis des grandes lèvres ; Mermet d'éléphantiasis de la jambe gauche avec œdème du scrotum. Jadassohn un œdème scrotal. Koch plusieurs cas d'œdème chronique des grandes lèvres avec ulcérations.

Gaïde et Keravan rapportent l'histoire de 6 malades opérés par Le Dantec présentant des complications sérieuses : 2 cas d'œdème des membres inférieurs avec bride formée par cicatrice vicieuse : 2 cas de récurrence d'adénite suppurée quoique l'extirpation fut faite à la suite d'une plaie banale : un cas de phénomènes infectieux intenses du membre inférieur gauche nécessitant 3 mois de séjour à l'hôpital de Marseille et enfin 1 cas de suppuration interminable avec fistulisation, lymphangite, phlébite et troubles trophiques qui imposèrent une amputation sous trochantérienne 18 mois après.

Aussi le traitement chirurgical du bubon si séduisant à première vue et quoique appliqué à leur escient et par un chirurgien averti fait courir au malade des risques disproportionnés avec les avantages qu'il semblerait avoir sur l'intervention médicale. D'autant plus que la grande bénignité de l'affection, rend en somme les complications, qu'il a pour but d'éviter, assez peu fréquentes. De plus, ces méthodes chirurgicales ne présentent aucun avantage au point de vue rapidité de la guérison.

Conduite du Traitement du bubon

Toutes ces méthodes de traitements que nous venons d'étudier comptent un grand nombre de succès et donnent les résultats les plus encourageants, mais toutes comportent également beaucoup d'insuccès, si on compte pour tels tous les cas où la guérison demande un temps dépassant, souvent de beaucoup, la moyenne normale. Et récemment dans son rapport sur l'inspection des centres de dermato-vénéralogie, Simon a pu dire « qu'il n'avait vu nulle part de traitement vraiment efficace de ces bubons chancreux interminables qui sont la honte de la thérapeutique moderne ». C'est qu'en effet nous avons affaire à une affection pouvant se présenter sous deux aspects cliniques bien différents. Dans le cas de bubon inflammatoire, quelque soit la méthode employée on peut être assuré d'un succès rapide : il n'en va pas de même malheureusement pour le bubon chancreux. Il est tout à fait irrationnel de vouloir en les traitant de même façon obtenir un résultat identiquement satisfaisant. Il y a lieu de savoir varier et graduer selon le cas la thérapeutique à employer, moyens simples dans l'un, moyens puissants dans l'autre.

Après de nombreux essais de traitements du bubon tant dans son service de l'Antiquaille qu'au centre de Dermato-Vénéralogie de la XIV^e région, Monsieur le Professeur Nicolas institua une méthode de traitement simple et facile à appliquer qui nous donne les résultats les meilleurs dans le minimum de temps, tout en ménageant en même temps au mieux les intérêts du malade.

Si nous avons la chance de pouvoir traiter le bubon tout à son début, nous essayons d'en obtenir la résorption par le seul repos au lit et la compression. Mais au premier symptôme de ramollissement nous avons recours au drainage filiforme : en effet, un drainage précoce permet d'obtenir dans le minimum de temps la guérison du bubon inflammatoire.

Avec une aiguille courbe nous passons un crin de Florence dans le sens de la plus grande dimension du bubon en ayant soin que les deux orifices soient en peau saine. Il est prudent de nouer ce crin pour éviter de l'enlever en défaisant le pansement que nous faisons sec et un peu compressif. Le pus se draine naturellement le long du crin. Chaque jour on aide au vidage de la poche par une pression très douce pour éviter toute douleur au malade, et l'on assure l'aseptie des orifices par une goutte de teinture d'iode. Le pus d'abord abondant, diminue vite de quantité et s'éclaircit au point de ne plus être que de la sérosité roussâtre vers le 5^e ou 6^e jour. Nous enlevons alors le fil et continuons chaque jour le pansement sec. Guérison complète en 8 à 10 jours au maximum.

Quelquefois vers le 5^e jour le pus n'a pas diminué,

et l'on remarque que les orifices rougissent et ont une légère tendance à s'agrandir. Il faut dans ce cas enlever le crin de suite, pour éviter qu'il ne coupe les tissus malades et cautériser chaque jour les orifices avec du chlorure de zinc à 1/10. Dans un certain nombre de cas sous l'effet de ce traitement si simple, nous arrêtons en quelques jours un début de chancrellisation du bubon.

Si cette dernière s'accroît, que les tissus rougissent, que les orifices s'agrandissent et se décollent sur les bords, mais seulement dans ce cas, nous consentons à faire l'incision, reliant les deux orifices du crin et qui permet d'aller cautériser les parois même de la cavité du bubon avec la solution du chlorure de zinc à 1/10. Nous faisons un pansement ensuite avec la poudre d'iodoforme, ou si on veut éviter l'odeur révélatrice avec un succédané, le di-iodoforme, l'euphène, l'aristol ou l'ektogan. Guérison en 15 à 20 jours au maximum.

Si malgré ce traitement le décollement des bords augmente et la chancrellisation persiste, ce qui ne se produit que dans les seules formes de bubon phagédénique, le chauffage par insufflation d'air chaud ou radiation d'un thermocautère permet, si on le combine avec un pansement au Baume du Pérou créosoté ou au vin aromatique, de venir à bout dans le minimum de temps des formes les plus rebelles. Il est bien rare que la guérison complète ne puisse être obtenue en un mois.

Conclusions

I. — La multiplicité des traitements préconisés, tant médicaux et de petite chirurgie que chirurgicaux, et les succès nombreux enregistrés par chacune de ces méthodes impliquent que nous n'en possédons encore aucune de spécifique.

II. — L'impossibilité où nous sommes de connaître d'avance l'évolution du bubon et le fait que le plus grand nombre est bénin et guérit facilement, nous commandent au début de n'utiliser que des méthodes simples pour n'arriver que progressivement et si besoin est, en s'adaptant aux circonstances, à des traitements plus compliqués et plus puissants.

III. — Pour les bubons inflammatoires, toute méthode sera bonne et donnera rapidement la guérison, la meilleure étant sans conteste aucun le drainage filiforme. Pour les bubons qui se chancrelliseront, ne pas s'attarder à ce traitement. Inciser et cautériser avec des antiseptiques : le choix de ce dernier variera avec chaque cas, car l'un réussit où l'autre peut être impuissant. Et

ne pas oublier qu'en l'occurrence un gros facteur de succès sera le temps, en atténuant la virulence du streptobacille de Ducrey Unna.

Vu :

Pour le Doyen,	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
<i>L'Assesseur,</i>	D ^r NICOLAS.
D ^r JEAN LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 26 mai 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

ALBERT WADDINGTON.

Bibliographie

- ARNOZAN ET VIGNERON. — Traitement du bubon chancrelleux par l'eau chaude. — Journal Médical Bordeaux 1890.
- AUDRY ET DURAND. — Traitement et extirpation des adénites suppurées de l'aîne. — Gazette hebdomadaire de médecine de Paris 1896.
- AUDRY. — Traitement du bubon chancrelleux et du bubon chronique. — Province médicale 1910.
- BALZER. — Traitement du bubon chancrelleux. — Bulletin Académie de Médecine 1916.
- BALZER ET GALUP. — Traitement du bubon par la méthode de Bier. — Bulletin Société française de Dermatologie 1908.
- BALZER ET SOUPLET. — Traitement du bubon par le chlorure de zinc. — Journal de Médecine et de Chirurgie 1891.
- BARJOIS. — Traitement radiothérapique des polyadénites. — Lyon Chirurgical 1911.
- BOURGES. — Traitement des adénites inguinales vénériennes au Tonkin. — Bulletin société Médicale. Indo Chine 1915.
- BRAULT. — Traitement des adénites inguinales 1894.

- BRAULT. — Traitement du bubon. — Paris Médical 1913.
- BROUSSE ET BOTHEZAT. — Valeur de la méthode de Wellander. — Annales de Dermatologie 1893.
- CHEVALIER ET BROUSSE. — Traitement du bubon chancreux. — Journal des praticiens 1919.
- CORDIER. — Traitement du bubon. — Lyon Médical 1890.
- COUANET. — Traitement du bubon chancreux par injection de cuivre colloïdal. — Thèse Paris 1911.
- DARIER. — Précis de Dermatologie 1909.
- DENCIONI ET PAOLI. — Traitement du bubon par la radiothérapie. — Annales de Dermatologie 1908.
- DUBREUILH. — Pathogénie et traitement du bubon chancreux de l'aîne. — Journal de Médecine de Bordeaux 1914.
- DUBREUILH ET LASNET. — Etude bactériologique du bubon chancreux. — Archives chimiques de Bordeaux 1893.
- DUBREUILH ET MALLEIN. — Traitement du bubon chancreux par le procédé Fontan. Presse médicale 1918.
- EMILY. — Adénites tropicales. — Bulletin société pathologie exotique 1915.
- FLOQUET. — Quelques réflexions sur le traitement du bubon par le drainage filiforme. — Presse médicale 1920.
- FOURNIER. — Traitement du bubon vénérien par la méthode de Bier. — Thèse Paris 1907.
- FOURNIER. — Traitement du bubon par l'eau chaude. — Thèse Bordeaux 1891.

- FOURNIER. — Traitement du bubon par l'extirpation. — Annales de Dermatologie 1897.
- GAMAL. — Traitement du bubon. — Semaine médicale 1892.
- GOUBEAU. — Traitement du bubon par l'arseniate de soude. — Bulletin académie médecine 1917.
- GOUGEROT. — Bubon chancrelleux chronique. — Annales des maladies, vénériennes 1915.
- GOSSET. — Technique de l'extirpation des adénites inguinales. — J. de Chirurgie 1909.
- GAIDE ET KERVRAUN. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des adénites vénériennes inguinales. — Annales d'hygiène et médecine coloniales 1912.
- GAIDE ET MOUZELS. — Traitement des adénites inguinales suppurées vénériennes. — Bulletin société médicale de l'Indo-Chine 1913.
- GRUET. — Traitement esthétique des bubons vénériens. — Journal de médecine et de chirurgie pratique 1909.
- HANSE. — Bubon vénérien et traitement par injection iodée. Thèse Paris 1852.
- HARVEY. — Traitement du bubon. — Médical Neros 1886.
- HENRIC. — Traitement du bubon par injection de vaseline iodoformée. — Annales de Dermatologie 1895.
- HUDELOT ET RABUT. — Traitement du bubon chancrelleux. Presse médicale 1919.
- JENSSEN. — Traitement du bubon. Annales de Dermatologie 1909.

- LASUEUR. — Traitement du bubon par les rayons X. — Archives d'électricité-médecine de Bordeaux 1907.
- LEGAULT. — Traitement du bubon par la méthode de Fontan. — Thèse Bordeaux 1908.
- LE DANTEC, — Nouvelle technique de la cure radicale du bubon suppuré. — Bulletin société médicale et chirurgicale de l'Indo-Chine 1911.
- LE JOLLEC. — Traitement du bubon par injection de vaseline iodoformée. — Annales de Dermatologie 1905.
- LEGRAIN. — Traitement rapide du bubon suppuré. — Annales des maladies des organes génito-urinaires 1904.
- LETUICK. — Traitement du bubon. — Semaine médicale 1892.
- LETUICK. — Traitement du bubon par la méthode de Bier. — Prakt Vrach 1907.
- LOUSTE ET ZIMMERN. — Traitement du bubon par scarification et haute fréquence. — Annales des maladies des organes génito-urinaires 1909.
- MINASSIOU. — Traitement du bubon par injection d'eau oxygénée. — Annales de Dermatologie 1909.
- NICOLAS. — Traitement du chancre simple et de ses complications. — Bulletin médical 1909.
- NICOLAS. — Voir traité maladies cutanées et vénériennes 1909.
- NICOLAS. — Traitement du bubon par la méthode de Brault. — Paris médical 1914.
- NEEBE. — Traitement du bubon par la méthode de Kollemann. — Annales de Dermatologie 1875.

- OTIS. — Valeur de la méthode abortive de Wellander.
— Annales de Dermatologie 1893.
- PETZES, GRATIOT ET COTTE. — Traitement du bubon
par l'enfumage iodé. Journal de médecine de Bor-
deaux 1918.
- POIRSON. — Traitement du chancre mou et du bubon
aux armées, Thèse Paris 1918.
- PINI. — Traitement du bubon par la radiothérapie. —
Annales de Dermatologie 1908.
- POUSSON. — Extirpation des adénites suppurées de
l'aîne. — Annales des maladies des organes géni-
to-urinaires 1903.
- RABUT. Le chancre mou. — Gazette des hôpitaux 1919
- RENIES, — Traitement du bubon par la radiothérapie
— Annales de Dermatologie 1908.
- RONDELLI. — Traitement du bubon par injection d'hui-
le de thérébentine. — Annales de Dermatologie
1895.
- ROZIÉS. — Chancre mou avec bubon phagédénique ci-
catrisé par l'air chaud. — Gazette des hôpitaux 1913.
- SARAILLÉ. — Traitement médical du bubon vénérien.
— Bulletin société médicale de l'Indo-Chine 1911.
- SCADUTO. — Traitement chirurgical du bubon. — An-
nales des maladies des organes génito-urinaires 1903.
- SIMON. — Guérison en 8 jours du bubon par le drai-
nage filiforme. — Bulletin société médecine des
hôpitaux 1916.
- SPIETSCHTA. — Traitement du bubon. — Annales de
Dermatologie 1893.
- TARTAVEY. — Traitement du bubon suppuré par la
méthode de Fontan. — Thèse Paris 1908.

- TRUKA. — Traitement du bubon suppuré par lavages antiseptiques. — Semaine médicale 1893.
- VON EICHSTOFF. — Traitement du bubon par injection d'éther iodoformé. Thèse Paris 1889.
- WELLANDER. — Traitement du bubon chancreux. — Revue générale de clinique et thérapeutique 1891.
- WELLANDER. — Traitement abortif du bubon par injection de benzoate de mercure. — Communication à la société de Dermatologie et syphiligraphie 1891.
- WAELSCH. — Traitement du bubon par injection de chlorure de sodium. — Annales de Dermatologie 1902.
- WOLFF. — Traitement du bubon par l'acide phénique pur. — Annales des maladies des organes génito-urinaires 1907.

IMPRIMERIE SPÉCILE D'ÉDITIONS & REVUES

Louis NARBONNE

PAMIERS (Ariège) Place des Jacobins.

Bureaux a PARIS, 46, Rue de Bondy.
